

Zukunftsbranche Gesundheitswesen: warum Wettbewerb und Solidarität im Gesundheitswesen einander nicht ausschließen

Hörnemann, Gerd

Veröffentlichungsversion / Published Version

Zeitschriftenartikel / journal article

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:

GESIS - Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Hörnemann, G. (1998). Zukunftsbranche Gesundheitswesen: warum Wettbewerb und Solidarität im Gesundheitswesen einander nicht ausschließen. *Sozialwissenschaften und Berufspraxis*, 21(1), 11-17. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-36785>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Zukunftsbranche Gesundheitswesen

Warum Wettbewerb und Solidarität im Gesundheitswesen einander nicht ausschließen

Gerd Hörnemann



1 Zur historischen Entwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung

Die Entwicklung der Sozialversicherung nahm in Deutschland Ende des letzten Jahrhunderts ihren Anfang mit den *vier* grundlegenden Gesetzen, durch die erstmals eine gesetzliche Pflichtversicherung – zunächst nur für die Arbeiter - gegen die Risiken Krankheit, Unfall, Invalidität bzw. Alter geschaffen wurde. Die Durchführung der Reichsversicherung in ihren unterschiedlichen Zweigen wurde nicht den bestehenden Verwaltungsbehörden übertragen, sondern es wurden speziell zu diesem Zweck neue, dezentrale Versicherungsträger errichtet, deren Zuständigkeitsbereich regional begrenzt war.

Der Sozialstaat mit seiner totalen Daseinsfürsorge ist in einer etwa 150jährigen Geschichte das Endstadium, in der der Staat alle anderen konkurrierenden Einrichtungen der sozialen Sicherung in den Krisenfällen des Lebens - wie Kirchen oder die Kommunen, die Zünfte und Großfamilien - verdrängt hat und immer weiter verdrängt. Die Emanzipation der Unter- und Mittelschichten im evolutionären Demokratisierungs- und Industrialisierungsfluß der europäischen Gesellschaften im 19. und 20. Jahrhundert bewirkte nicht nur die bürgerlichen Freiheitsrechte als festgeschriebene Verfassungsrechte, sondern auch eine außerordentliche konflikthafte Wirkungsgeschichte, in deren Verlauf die *sozialen Grundrechte* ihre Einrichtungen und Sicherungen fanden.

Noch etwas in der Zeit weiter zurückgegriffen klingt dies schon in den Peuplierungs- und Sanierungsprogrammen der *medizinischen Polizey* des kameralistischen Fürstenstaates mit seinen Verordnungen zum Medizinalwesen bzgl. des medizinischen Personals, wie Hebammen, Apotheker, Chirurgen, Ärzte, des weiteren zu Gebieten wie Epidemien, Rettung Verunglückter, Mortalitätslisten, Verordnungen zu gesundheitsfördernden Nah-

rungs- bzw. gesundheitsschädlichen Genußmitteln, Verordnungen zur Tierarzneiwissenschaft, Tierärzte, Tollwut, Viehseuchen.

Das ökonomische Prinzip des Wettbewerbs bzw. der Konkurrenz wurde Mitte des vorigen Jahrhunderts mit der Entstehung und Ausweitung des Arbeitsmarktes als das entscheidende Strukturelement der bürgerlichen Gesellschaft gesehen. Jedoch wurde koinzident erkannt, daß einem derart ökonomischen System nur durch organisierte Solidarität gesellschaftsverträglich zu begegnen ist. Der starke Einfluß der Arbeiterbewegung bewirkte mit der Durchsetzung der systemprägenden Sozialgesetze, daß soziale Risiken nicht vermieden, aber teilweise abgesichert werden konnten.

Mit der Kaiserlichen Botschaft vom November 1881 zur Einleitung der Sozialversicherungsgesetzgebung wurde die soziale Sicherheit im Krankheitsfall sodann ein durch die Obrigkeit bestätigter Anspruch. So gehörte schon zu den Anfängen des Sozialstaats, daß neben seiner sozialen Ordnungsidee der Subsidiarität, einem sozialphilosophischen Ordnungsprinzip von *Thomas von Aquin* bis zur *Civil Society*, d. h. öffentliche Hilfe ist dort nötig, wo individuelle oder genossenschaftliche Selbsthilfen nicht möglich sind, der zweite Leitbegriff *Solidarität*. Wer die Unterstützung der Allgemeinheit in den Krisenfällen seines Lebens in Anspruch nimmt, hat sich durch eigene Beiträge zur Sozialversicherung in den Tagen ungeschmälerter Einkommens und ungehinderter Arbeitsleistung an den Soziallasten für Dritte zu beteiligen, und er ist weiterhin gehalten, durch seine eigene Lebensführung und Leistungsbereitschaft die Sozialkosten für sich selbst zu minimieren. Der Entwicklung zu einem anspruchsbegründenden *Recht auf Gesundheit* war das Postulat einer *Pflicht zur gesundheitlichen Lebensführung* inhärent. Solidarität wurde also schon im Ursprung des modernen Gesundheitswesens nicht zuerst als eine Art Zahlungsverpflichtung begriffen, sondern wesentlich als eine wechselseitige Verhaltensverpflichtung, hier unter Staatsaufsicht. Diese Doppelseitigkeit des Solidaritätsprinzips stellte *Rudolf Virchow* als der politische Reformator des deutschen Gesundheitswesens im Kaiserreich bei der Proklamation einer öffentlichen Gesundheitspflege in der Zeitschrift "Die medicinische Reform" im August 1848 hervor:

"Was zunächst den Umfang der öffentlichen Gesundheitspflege betrifft, so hat also die Gesamtheit die Verpflichtung, dem Rechte der einzelnen auf Existenz, und zwar auf gesundheitsmäßige Existenz nachzukommen." Dem Staat muß es zu dieser Aufgabe möglich sein, "dafür zu sorgen, daß jeder die Mittel, ohne welche sein Leben nicht bestehen kann, erlange und daß niemandem die Möglichkeit der Existenz positiv entzogen oder negativ vorenthalten wird. Diese Möglichkeit ist das Recht des einzelnen, die Pflicht der Gesamtheit, denn in einem solidarischen Verbande ist das Recht des einen selbsttendend die Pflicht des anderen."

Solidarität konnte sich als Verhaltensform im Wesensunterschied zur praktikableren monetären Form nur schwer entfalten. Ihre sozialorganisatorische Voraussetzung, die vorgesehene Kleinräumigkeit und Überschaubarkeit der gesetzlichen Krankenkassen, konnten

weder zu einem lebendigen Solidaritätsgefühl der Kassengenossen noch zu einer wirk-samen Sozialkontrolle geführt haben. Die Entwicklung des Sozialstaats sollte also die politische Reaktion auf das wirtschaftliche Prinzip der Konkurrenz sein.

2 Bedarfsausgleich als Problem

Solidarität und Subsidiarität sind Formen des Helfens. *Helfen* bedeutet ganz allgemein ein Handeln, das dazu beiträgt, die Bedürfnisse eines anderen Menschen zu befriedigen. Die genauere Eingrenzung des Begriffs hängt vom begrifflichen Bezugsrahmen und vom Untersuchungszweck ab. Die soziologische Frage nach der Funktion und der sozialen Relevanz des Helfens in sozialen Systemen ist mehrschichtig zu stellen. Sie bezieht sich einerseits auf die Verfügbarkeit bestimmt umrissener Erwartungstypen für Situationsdefinitionen, was eine für beide Seiten abschätzbare Kanalisierung von Folgehandlungen einschließt, und zum anderen auf die faktischen Konstellationen, in denen solche Typen eine Chance haben, verwendet zu werden. Anzunehmen ist, daß allem Helfen ein Grundproblem gemeinsam ist, und daß die Formenvielfalt, welche die historisch ethnologisch vergleichende Forschung aufgedeckt hat, sich daraus erklärt, daß dieses Problem unter sehr verschiedenartigen Bedingungen gelöst werden muß: Immer ist wechselseitige Hilfe unter Menschen verknüpft mit dem Problem zeitlichen Ausgleichs von Bedürfnissen. Jedoch werden nicht alle Einrichtungen, die sich auf dieses Problem beziehen, als Hilfe bezeichnet, erlebt, institutionalisiert. Was Hilfe bedeuten kann und welche allgemeinen Konturen sie als moralische Forderung, als gesellschaftliche Institution, als organisierbares Programm oder einfach als spontane Tat gewinnt, hängt davon ab, in welchem Kontext gesellschaftlicher Einrichtungen dieses allgemeine Problem des zeitlichen Bedarfsausgleichs gelöst wird.

In einer funktional differenzierten Gesellschaft zentriert die Form des Helfens, die Beseitigung der Problemfälle (vgl. Luhmann 1991). Es kennzeichnet die moderne Gesellschaft, daß viele Funktionen, die früher auf der Ebene des gesamtgesellschaftlichen Systems erfüllt wurden, auf Organisationen verlagert werden, aufgrund der Vorteile, die mit funktionaler Differenzierung und Leistungsspezialisierung verbunden sind. Individuelle Motive zur Hilfe sind insoweit entbehrlich, und das bewirkt hohe Beliebigkeit, Steuerbarkeit, und Änderbarkeit der Zuwendung von Hilfe. Die helfende Aktivität wird nicht mehr durch den Anblick der Not, sondern durch einen Vergleich von Tatbestand und Programm ausgelöst und kann in dieser Form generell und zuverlässig stabilisiert werden.

Im Teilsystem Wirtschaft ist Geld das effektivere funktionale Äquivalent für Hilfe und Dankbarkeit. Hier kann Hilfe nun Geldzuweisung sein oder Kompensation für Funktionsmängel des spezialisierten Teilsystems Wirtschaft. In beiden Fällen bleibt Hilfe fixiert an Strukturen und Prozesse, die heute nicht mehr auf gesamtgesellschaftlicher Ebene, sondern im Teilsystem Wirtschaft institutionalisiert sind (vgl. Luhmann 1991).

3 Solidarität und Wettbewerb im Gesundheitssystem

Die gesetzliche Krankenversicherung wird zukünftig großen Herausforderungen entgegen-treten mit neuen Wegen und Mitteln zur Stabilität der *sozialen* Krankenversicherung bei einem qualitativ hochwertigen Versorgungsniveau. Ein Weg zur Erschließung von Rationalisierungspotentialen wird eine wettbewerbliche Ordnung sein, die den sozialen Bezügen der gesetzlichen Krankenversicherung Rechnung trägt. Dabei kann sich das Gesundheitssystem nicht auf eine völlige Liberalisierung der Beziehungen wie im Wirtschaftssystem verorten. Die Besonderheit des Gutes Gesundheit als kollektives Gut ist dabei in Rechnung zu stellen, so daß dabei eine auf breitem Konsens basierende solidarische Absicherung von Krankheitsrisiken erforderlich ist. Nur dann können Solidarfunktionen der gesetzlichen Krankenversicherung gewährleistet sein und koinzident die effizienzsteigernden Wirkungen gefördert werden.

Globalsteuernde politische Interventionen erzeugen mehr negative als positive Steuerungseffekte im Gesundheitswesen. Dies haben diverse Kostendämpfungsgesetze gezeigt. Im wissenschaftlichen Diskurs stellte sich die Meinung ein, daß Steuerungseffekte mehr durch Selbststeuerung auf der Meso-Ebene der Organisationen und Korporationen (also auf der Selbstverwaltungsebene) als durch makrosoziale Globalsteuerung zu erzielen sind. Bauch (1996) stellt die Frage "Läßt sich das Gesundheitssystem politisch steuern?" In Abkehr von einer interventionistischen Steuerungspolitik von Außen lautet die neue Frage, wie das Gesundheitssystem zu einer Selbststeuerung angeregt werden kann, die stärker die gesamtgesellschaftlichen und ökonomischen Effekte seines Prozessierens berücksichtigt und in selbstinduzierte Steuerungsprogramme einbaut. Um strukturelle Kopplungen zwischen Sozialsystemen auszulösen, kann nicht die Teilsystemrationalität *eines* Systems als ultima ratio deklariert werden, sondern es müssen sich die Systemrationalitäten als gleichwertige Entwürfe verschränken. Wilke (1993; 1993a) bezeichnet ein solches Steuerungsmodell, das die funktionale Differenzierung berücksichtigt, als *prozedurale Kontextsteuerung*. Zwei sich im Prinzip entgegenstehende Begriffe, Solidarität und Wettbewerb, können im Gesundheitssystem zu solidarischem Wettbewerb konvergieren. Unter der Betrachtung der prozeduralen Kontextsteuerung wird Gesellschaftsteuerung in Form verbindlicher Kontextsteuerung nicht mehr von einem Teilsystem des Ganzen – von der Politik – allein formuliert, sondern aus der interdependenz-gesteuerten Interaktion aller betroffenen Akteure. Die Akteure verschiedener Systeme verschränken ihre Systemsichten. Nach Wilke ist oberstes Gebot von Kontextsteuerung, daß die operative Geschlossenheit und Autonomie der Teilsysteme respektiert wird, nur dann kann in reflektierten Abstimmungsprozessen kombinatorischer Gewinn aus ihren Differenzen gezogen werden. Mechanismen liegen vor - sie müssen nur gestärkt werden.

Eine verstärkende wettbewerbliche Orientierung im Rahmen des Konzeptes einer solidarischen Wettbewerbsordnung basiert auf einer starken Selbstverwaltung und Solidarität sowie auf dem Kernbereich der Vertragspolitik. Hier können primär die Bedingun-

gen für das Erbringen von Leistungen bestimmt werden. Auf der Suche nach optimalen Vertragslösungen sollte jede Kassenart eigenständige Wege vereinbaren und damit letztlich das System der gesundheitlichen Versorgung insgesamt vorantreiben können.

Henke (1997) konstatiert in diesem zentralen Zusammenhang, daß eine wesentliche Voraussetzung für eine gemeinwohlorientierte Ausschöpfung des Wettbewerbs die Auflösung der bestehenden Kartelle auf Seiten der Leistungserbringer ist. "Ähnlich wie die Verpflichtung zum gemeinsamen und einheitlichen Handeln auf der Kassenseite wettbewerbs- und innovationsfeindlich ist, behindert die angebotsseitige Monopolstruktur die Entfaltungschancen wettbewerblcher Steuerungsmechanismen. Dabei müßte Sorge getragen werden, daß die Leistungsanbieter nicht völlig kassenabhängig werden, was z. B. bei Vertragsabschlüssen mit einzelnen Ärzteguppen drohen würde" (1997, S. 11). Im Vertragsrecht werden in den nächsten Jahren die größten Veränderungen zu erwarten sein. Kassen mit günstigen Leistungseinkäufen gewinnen einen Wettbewerbsvorteil gegenüber ihren Konkurrenten. "Jede Kasse, jede Arztgruppe, gegebenenfalls jeder einzelne Arzt muß unter den gegebenen Rahmenbedingungen eigenverantwortlich handeln können. Krankenkassen könnten hiermit gegenüber ihren Versicherten mit der Qualität der Leistungen, oder aber mit niedrigeren Beiträgen werben" (1997, S.11). Bei den Ärzten würde dies auch zu einer Förderung ihrer Dienstleistungsfunktion und Reaktivierung ihrer freiberuflichen Tätigkeit führen (vgl. Hörnemann 1997).

Aus Patientensicht gibt es keine Berechtigung für die weitere Existenz der Vielfalt der Kassenarten, wenn diese nur gemeinsam und einheitlich bei den entscheidenden Handlungsfeldern, wie z. B. Leistungsspektrum und Selbstbeteiligungen, auftreten. Kassenvielfalt und individuelles Wahlrecht postuliert auch wirkliche Vielfalt und echte Wahlmöglichkeiten, d. h. die Produkt-Preis-Kundenpolitik muß anreizende ökonomische Facetten aufweisen, sonst könnte auch eine nicht gewünschte Einheitskasse eingeführt werden. Dies wäre das Ende der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen, einem doch so bedeutenden demokratischen Element. Zur Realisierung des Wettbewerbs ist die Freiheit des Versicherten indiziert. Solange sich der Beitragssatz je zur Hälfte auf Arbeitgeber und Arbeitnehmer aufteilt, ist diese Freiheit nicht gegeben.

Henke (1997) konstatiert: "Eine Lösung könnte darin bestehen, den Arbeitgeberbeitrag konstant auf der Höhe eines durchschnittlichen Beitragssatzes zu halten, so daß der Arbeitgeber nicht veranlaßt würde, seine Arbeitnehmer bei einer preislich besonders günstigen Kasse zu versichern. Es entspräche nicht der Rationalität des Arbeitgebers, zusätzliche Belastungen zu tragen, wenn sich der Arbeitnehmer für eine teure Kasse entscheidet. Alle diese Probleme würden entfallen, wenn der Arbeitgeberanteil ausgezahlt und die Bruttolöhne – und in Analogie dazu – die Rente entsprechend erhöht würden" (1997, S. 12).

4 Die Moralen des Staats

Durch die Sozialversicherungs- und Arbeitsverwaltungsgesetze seit dem Kaiserreich über die Weimarer Republik sind dem modernen Staat zu den klassischen Staatsaufgaben der inneren und äußeren Sicherheit die Funktionen der sozialen und wirtschaftlichen Wohlfahrt zugewachsen. Die Bundesrepublik hat nicht nur die Sozialabgaben und Sozialleistungen ausgeweitet, sondern zunehmend den Sozialstaat arbeits- und sozialrechtlich, also normativ und exekutiv, verdichtet. Das System der sozialen Sicherung ist der Begriff einer solchen gemischten, nämlich *öffentlichen* und *privaten* Vorsehung zur Daseinsvorsorge und –fürsorge. Es folgt keiner „Ethik des Sozialstaates“ (Baier 1988), sondern Rechtsnormen, Finanzvorschriften und Wirtschaftsnutzen.

Solidarischer Wettbewerb kann für einen Umbau des Sozialstaates nützlich sein und einem Abbau des Sozialstaates entgegenwirken. – Oder gibt es doch eine Ethik des Sozialstaates?

Literatur:

- Baier, Horst, 1988: Ehrlichkeit im Sozialstaat. Gesundheit zwischen Medizin und Manipulation. Zürich.
- Bauch, Jost, 1996: Läßt sich das Gesundheitssystem politisch steuern? - Die Gesundheitsreform in systemtheoretischer Sicht. In: Bauch, Jost/Hörnemann, Gerd (Hrsg.): Gesundheit im Sozialstaat. Beiträge zum Verhältnis von Gesundheit und Politik. Konstanz, S. 55-62.
- Henke, Klaus-Dirk, 1997: Quo vadis, Gesundheitswesen? TU Berlin, Diskussionspapier 1997/04. S. 11 ff.
- Hörnemann, Gerd, 1997: Sind Körperschaften noch zeitgemäß? In: Der Freie Zahnarzt. Zeitschrift des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte. Juni 1997, S. 8-11.
- Luhmann, Niklas, 1991: Formen des Helfens im Wandel gesellschaftlicher Bedingungen. In: Soziologische Aufklärung 2. 4. Aufl., Opladen, S. 134-149.
- Virchow, Rudolf, 1848: Proklamation einer öffentlichen Gesundheitspflege. In: Wochenschrift "Die medicinische Reform", 1848.
- Willke, Helmut, 1993: Systemtheorie. 4. Auflage. Stuttgart.
- Willke, Helmut, 1993a: Systemtheorie entwickelter Gesellschaften. 2. Aufl., Weinheim.

Dr. Gerd Hörnemann
Walhovener Str. 53
41539 Dormagen
Tel./Fax: 02133/47260

Gerd Hörnemann, geb. 1957 in Neukirchen-Vluyn, Studium der Rechtswissenschaft in Bonn 1977 bis 1985; Studium der Verwaltungswissenschaft in Konstanz 1985 bis 1989. Promotion 1993. Seit 1989 freier Mitarbeiter am Lehrstuhl für Soziologie an der Universität Konstanz bei Prof. Dr. Horst Baier. Derzeit Institut für Gesundheitsförderung und Organisationsentwicklung (IGO) Köln, Priv.-Doz. Dr. habil. Jost Bauch. Buchveröffentlichungen: Kassenarzt als Freier Beruf, Hartung-Gorre Verlag, Konstanz 1994. Die Selbstverwaltung der Ärztekammern, Hartung-Gorre Verlag, 2. Aufl., Konstanz 1995. Bauch, Jost; Hörnemann, Gerd (Hrsg.): Gesundheit im Sozialstaat, Hartung-Gorre Verlag, Konstanz 1996. Die Selbstverwaltung im Gesundheitssystem. Ein Weiterentwicklungsvorschlag, Hartung-Gorre Verlag, Konstanz 1997.